

P3-38-5 卵巣癌と鑑別が困難であった腹膜悪性中皮腫の1例

島根大

石橋朋佳, 中山健太郎, 片桐 浩, 石川雅子, 片桐敦子, 石原とも子, 今村加代, 山上育子, 折出亜希, 金崎春彦, 青木昭和, 宮崎康二

【はじめに】腹膜悪性中皮腫は稀な疾患であり、進行性の予後不良な疾患である。今回我々は、卵巣癌として手術施行し、術後の病理診断にて腹膜悪性中皮腫と診断に至った症例を経験したので報告する。【症例】56歳女性、50歳で閉経。28歳時に卵巣腫瘍でUSO施行。2年前から咳嗽を自覚し、胸部単純CT、1年前には胸部レントゲン検査を受けたが異常なかった。今年にはいつから胸が重たい感じがしたため、胸部単純CT検査施行したところ、胸水を指摘された。造影CTでは、胸腹水貯留、腹膜脂肪の異常濃度上昇、約8cm大の卵巣腫瘍を指摘され、婦人科疾患による胸水貯留を疑われたため、当科へ紹介受診となった。手術所見は、左側卵巣は直径5cm大に分葉状に腫大し、播種が複数あった。小腸には腸管に食い込むように5cm大の播種巣があった。術中診断はadenocarcinomaであった。手術は、TAH+BSO+Omentectomy+小腸部分切除+IP(CDDP10mg)施行した。術後、病理診断の結果、epithelial typeのperitoneal malignant mesotheliomaを示唆する結果であった。当院腫瘍センターへ転科し、CDDP(75mg/m²)+PEM(500mg/m²)療法が開始となった。【考察】卵巣癌または腹膜癌からの悪性中皮腫の術中診断、臨床的鑑別、は非常に難しく、最終診断は病理での免疫染色で鑑別される。腹膜悪性中皮腫は予後が不良で、生存期間の中央値は1年であるとされている。また非常にまれな疾患であり、胸膜中皮腫についての治療法は確立しているが、腹膜中皮腫の標準治療についてはまだ確立していない。しかし、アスベスト暴露による中皮腫は今後増加していくと思われ、多数例を用いた後方視的検討が必要であると考えられる。

P3-38-6 性同一性障害の患者に発生した子宮及び両側付属器摘出後の原発性腹膜癌

西神戸医療センター

奥杉ひとみ, 片山和明, 竹内康人, 川北かおり, 佐原裕美子, 近田恵里, 西尾美穂, 酒井理恵, 伊藤崇博, 秦さおり, 小菊 愛

我々は42歳性同一性障害の女性が子宮及び両側付属器摘出後に腹膜癌を発生した症例を経験したので報告する。性同一性障害のため、テストステロンの投与を行っていた患者が、他院で希望により平成13年に乳房切除、平成18年に腹式子宮全摘及び両側付属器摘出を施行。病理検査はしていなかった。平成22年8月、腹痛を主訴に近医を受診し、胸腹部CTおよびPET-CTにて石灰化を伴う腹腔内多発性腫瘍及び縦隔・単径リンパ節石灰化を認めたため、当院へ紹介受診。当院にて腹膜癌と診断し、同年10月試験開腹を行い、腫瘍減量術を施行した。腫瘍は表面が白色凹凸不整で弾性硬だが内部は脆弱で出血を伴う大小の腫瘍塊として多発し、横隔膜下面まで播種していた。病理検査にて、primary peritoneal serous carcinoma, high-grade (PPSC), pT3cNxM1, Stage4と診断した。術後、weekly-TC療法を5クール施行したが、本人希望により中断となり、外来経過観察としていた。平成23年10月頃より腹腔内腫瘍の再発・増大および胸水貯留の悪化を認め、ベストサポートケアに変更。治療および無治療期間中もテストステロンの投与は継続していた。術後から約1年10カ月後、患者は永眠された。考察として腹膜癌の5年生存率は極めて低いが、今回の症例では男性ホルモン剤の投与が生存期間の延長に寄与したのではないかと考えられた。

P3-38-7 巨大腹腔内腫瘍として発症したDesmoplastic small round cell tumorの1例

京都大

李 泰文, 濱西潤三, 馬場 長, 松村謙臣, 吉岡弓子, 小阪謙三, 万代昌紀, 小西郁生

Desmoplastic small round cell tumor(線維形成性小円形細胞腫瘍、以下DSRCT)は中皮前駆細胞に由来する稀少な悪性軟部腫瘍である。腹膜原発が多く、思春期から若年成人に好発し、その90%程度が男性に発症するため、婦人科で本疾患を経験することは極めて少ない。病理学的には、線維形成性の間質に囲まれた小円形の類上皮細胞の集塊を認める。染色体の相互転座t(11;22)(p13;q12)によるEWS-WT1融合遺伝子が本疾患に特異的であり、確定診断に有用である。確立された標準治療はなく、主に化学療法を中心として、手術療法や放射線療法を含めた集学的治療が行われるが、5年生存率は15%と予後は極めて不良である。今回我々は、巨大腹腔内腫瘍として発症したDSRCTの症例を経験したので報告する。

症例は19歳未妊妊。臍部腫瘍を主訴に前医を受診し、画像検査にて横隔膜下から骨盤腔を占拠する巨大な充実性腫瘍、及び多発肝転移、腹膜播種、臍転移を認め、卵巣腫瘍を疑われ、当科を紹介受診となった。臍部腫瘍の生検病理組織からDSRCTが疑われ、遺伝子解析にてEWS-WT1融合遺伝子が陽性であったため本疾患の診断が確定した。Vincristine, Doxorubicin, Cyclophosphamide, Ifosfamide, Etoposideを用いた化学療法(P6)を6コース施行したところ、grade4の血球減少を認めたが腫瘍は38%縮小した。今後は腫瘍減量手術を含めた集学的治療を検討中である。

DSRCTに対するP6の初期有効性は高いが、血液毒性の制御や外科的介入時期の判断は難しい。血液腫瘍内科や治療経験のある各科とtumor boardを組み、集学的治療を行うことで、既報よりも良好な予後が得られる可能性があると考えられる。